FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1962

THÈSE

N° 1120

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

par

Fanny KOWAL

née le 29 mai 1933 à PARIS 12e

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

LES FORMES HEMORRAGIQUES DE LA GROSSESSE EXTRA-UTERINE

Président : M. HUGUIER, Professeur .

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE · PARIS-Ve

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1962

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

par

Fanny KOWAL

née le 29 mai 1933 à PARIS 12e

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

LES FORMES HEMORRAGIQUES DE LA GROSSESSE EXTRA-UTERINE

Président : M. HUGUIER, Professeur .

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

1-2-1962

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN . . . . . **Léon BINET.**
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR . . . . . **Jean VERNE**
2e ASSESSEUR . . . . . **Gaston CORDIER**

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) **Professeurs titulaires :**

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) et SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.) et BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) et DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) et POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Pitié	CORDIER (G.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)		CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Boucicaut	LENÈGRE (J.)
	Broussais	SOULIÉ (P.)
	Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÈZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)		DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M.)
	Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)		LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)		MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)		MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)		LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique		GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique		PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale		DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales		POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)		COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)		TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	GABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) BUSSER (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DERIBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DEJOURS (P.) DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA(M.) m.conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J,)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMFLIAE (A), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. – CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (G.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur . . . . . Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions emises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON MARI

A MES ENFANTS

A MES AMIS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538128_0022

A Monsieur le Professeur HUGUIER

Professeur à la Faculté de Paris
Chirurgien des Hôpitaux

qui nous a fait le grand honneur d'accepter
de présider cette thèse.

En témoignage de notre profonde et respectueuse
reconnaissance.

A mon Maître, Monsieur le Professeur FUNCK-BRENTANO

in mémoriam

Professeur de Clinique Gynécologique à la Faculté de Paris,
Chirurgien des Hôpitaux,
Commandeur de la Légion d'honneur

qui a inspiré le sujet de cette thèse.

En hommage respectueux, avec notre gratitude
pour son enseignement et la bienveillance qu'il
a bien voulu nous témoigner.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris

Monsieur le Professeur LEMAIRE

Monsieur le Professeur PATEL

A mes Maître d'Externat

Monsieur le Docteur DUFOUR

Monsieur le Professeur GILBERT-DREYFUS

Monsieur le Professeur Agrégé MAYER

Monsieur le Docteur LIEVRE

Monsieur le Docteur BLOCH-MICHEL

Monsieur le Professeur JULIEN MARIE

Monsieur le Professeur Agrégé ROYER

Monsieur le Docteur LOUVIN

Monsieur le Professeur Agrégé MUSSET

INTRODUCTION

Au cours de ces dernières années, le nombre des grossesses extra-utérines, loin de décroître, augmente.

Aux causes organiques spontanées, s'ajoutent les thérapeutiques modernes, médicales et chirurgicales, de la tuberculose annexielle et de la stérilité d'origine tubaire, qui malgré leur intêret indiscutable, contribuent dans une certaine mesure à multiplier les nidation ectopiques.

Il nous a paru intéressant, étant donné la fréquence de cette affection, d'envisager certains problèmes diagnostiques que peut poser la grossesse extra-utérine.

Nous étudierons les formes hémorragiques de la grossesse extra-utérine, (grossesse extra-utérine dans sa forme gynécologique c'est-à-dire au stade d'hématosalpinx et d'hématocèle endiguée), et nous en présenterons quelques observations.

Par formes hémorragiques de la grossesse extra-utérine, nous entendons les grossesses ectopiques qui se révèlent par une hémorragie abondante, donc bien différente des pertes sépia ou chocolat classiques. Ces formes comprennent, non seulement la classique forme pseudo-abortive de la grossesse extra-utérine bien connue et de laquelle Professeur Mondor disait déjà "En présence de tout syndrôme d'avortement le premier soin doit être d'écarter la possibilité d'avortement tubaire" ; mais encore des aspects particulièrement trompeurs parce que à l'hémorragie s'associera un tableau clinique plus évocateur d'une affection différente.

C'est ainsi que l'on pourra être amené, en présence de ces formes hémorragiques, particulière de la grossesse extra-utérine à poser le diagnostic de fibrome. "Si la Quarantaine est l'âge des fibromes, il peut être celui de la grossesse. L'abondance des pertes sanglantes à l'époque des règles peut se voir dans la grossesse extra-utérine comme dans le fibrome". (Professeur Funck-Brentano). Ou encore celui de méno-métrorragies fonctionnelles
"Certaines formes simulent les règles ou les hémorragies fonctionnelles, surtout en période de pré-ménopause, âge où l'on pense moins à la gestation" (Docteur Magnin)

Rappelons à propos des aspects que peuvent simuler ces formes hémorragiques de grossesse extra-utérine l'observation du docteur Gabrielsen,
"un curieux fibrome saignant"
Une femme de 38 ans présente des métrorragies sans retard de règles.
A l'examen clinique est posé le diagnostic de fibrome et la femme reçoit un traitement androgènique. Treize jours plus tard la femme fait une syncope, l'utérus à grossi. Un dosage d'hormones gonadotropes est inférieur à 500 U.L.
On intervient on retrouve une grossesse extra-utérine associée à un myome du fond utérin ; le myome avait camouflé la grossesse extra-utérine.

Ces formes hémorragiques ne sont pas exceptionnelles. L'importance des hémorragies externes ne doit pas infirmer le diagnostic.

Le professeur Funck-Brentano et le Docteur Bory dans leur livre consacré à la grossesse extra-utérine, ont relevé des métrorragies importantes dans 25 pour cent des cas.

Nous savons que le diagnostic clinique est souvent difficile, rappelons-nous la constation du Professeur Mondor dans ses "Diagnostics urgents".

"Je suis convaincu du grand nombre de grossesses extra-utérines ignorées avant et pendant leurs plus gros accidents.... on veut à la maladie dans ses débuts une symptomatologie trop parfaite et aux complications une gravité qui, au lieu d'être évidente est souvent cachée".

Cependant nous connaissons l'importance d'un diagnostic précoce qui permettra au chirurgien d'intervenir dans de bonnes conditions de sécurité et lui donnera la possibilité d'accomplir un geste conservateur, "A une époque où la chirurgie ne prétend plus seulement préserver la vie de la femme, mais encore chaque fois que c'est possible préserver la fonction de l'organe" (Professeur Funck-Bruntano).

Nous présenterons un travail effectué à la clinique gynécologique de l'hopital Broca sous la direction de Monsieur le Professeur Funck-Bruntano.

Sur 100 observations de grossesse extra-utérine, dans 14 cas il s'agissait de formes hémorragiques.

Le diagnostic étiologique de ces métrorragies a souvent été difficile. Dans certaines de ces observations, nous verrons que dans un premier temps un diagnostic erroné a été posé, conduisant à une erreur thérapeutique.

C'est grace aux examens complémentaires, mis en oeuvre dans le Service qu'un diagnostic précis à été possible.

Au premier rang des examens complémentaires soulignons d'emblée l'apport précieux que se révèle être la coelioscopie dans tous les cas douteux.

Nous présenterons ces 14 observations ; nous les commenterons en envisageant ce qui a fait errer le diagnostic et en étudiant comment grâce aux examens complémentaires mis en oeuvre il a été possib le de poser le diagnostic.

PRESENTATION D'OBSERVATIONS

Les 14 observations que nous présentons peuvent être décomposées et classées de la façon suivante :

- deux cas de formes pseudo-abortives de grossesse extra-utérine

- 1 cas pris pour une menace d'avortement

- 1 cas plus complexe

- 1 cas où l'erreur vient d'une mauvaise interprétation de l'hystérosalpingographie

- 5 cas de meno-métrorragies abondantes

- 1 cas ou les deux diagnostics d'avortement et de fibrome ont été envisagés

- 3 cas où le diagnostic aurait pu être suspecté mais l'existence d'un myome a fait hésiter à le poser.

OBSERVATION N° 1

Madame G.... a 23 ans. Dans ses antécédents 1 avortement en 1953.

Les dernières règles normales sont du 31 Octobre 1959. Le 16 Décembre après un retard de règles de 15 jours une hémorragie abondante a fait pratiquer, en province un curettage pour avortement.

Les métrorragies ont cessé pendant 3 semaines et ont repris le 5 Janvier.

Elle consulte le 7 Janvier dans le service où elle sera hospitalisée pour métrorragies abondantes.

L'examen clinique retrouve une annexe droite sensible. On ne perçoit pas de masse.

On tente une coelioscopie : l'objectif est aveuglé par le sang.

A l'intervention on retrouve une grossesse ampullaire droite non rompue.

OBSERVATION N° 2

Cette femme de 30 ans, traitée médicalement pour stérilité a des métrorragies abondantes et foncées depuis deux mois (Juillet 58). Celles-ci sont survenues après un retard de règles de quelques jours.

Une réaction biologique de grossesse est positive le 24 Juillet.

Un curettage pratiqué le 8 Août n'a pas influencé l'hémorragie.

Quand nous examinons cette malade en Septembre 58, une masse annexielle droite, sensible suggère le diagnostic. L'intervention le confirme.

Ces deux observations illustrent les formes pseudo-abortives bien connues de la grossesse extra-utérine.

Dans ces deux cas l'abondance des métrorragies survenant après un retard de règles a simulé un avortement. La reprise des métrorragies après le curetage associé à l'examen clinique mettant en évidence une annexe sensible a conduit à l'indication d'une coelioscopie et au diagnostic étiologique.

OBSERVATION N° 3

Madame Le G.... 29 ans est venue le 26/11/1960 alors qu'elle est traitée depuis une semaine pour menace d'avortement par Lutogyl.

Les métrorragies sont apparues après un retard de règles de 15 jours et durent quand nous la voyons, depuis 20 jours.

A l'examen on trouve un peu de sang rouge venant d'un col fermé. Pas de Masse annexielle perçue.

La coelioscopie est décidée sur une impression d'ensemble.

- persistance les métrorragies:

la malade signale à la suite d'un interrogatoire serré quelques lipothymies.

Cet examen affirme le diagnostic. A l'intervention on retrouve un hématosalpinx ampullaire droit.

Une intervention conservatrice a été possible.

Chez cette femme on a pensé à une menace de fausse-couche car elle présentait après un retard de 15 jours des métrorragies d'abondance moyenne de sang rouge.

La coelioscopie pratiquée tôt a redressé le diagnostic et a permis une intervention conservatrice chez cette femme qui désirait un enfant.

OBSERVATION N° 4

Cette femme de 32 ans entre dans le service le 8 Juillet 1961.

Les dernières règles normales sont du 20 Avril. Le 3 Mai cette femme a ressenti une douleur abdominale à irradiation lombaire droite très importante. Cette douleur a cédé en quelques heures.

Le 16 Mai surviennent les "règles" qui sont normales en durée et en abondance, mais qui se poursuivent en méno-métrorragies rouges.

Elle consulte et elle est mise à un traitement médical recevant Méthergin et différents traitements hormonaux.

Ce traitement se révèle inéfficace, les pertes continuent, les douleurs abdominales augmentent et on parle alors de salpingite.

Cette jeune femme entre en clinique et après une réaction biologique de grossesse négative, un curettage est pratiqué qui ne ramène pas de fragments placentaires.

Les métrorragies persistent après le curettage et le 6 Juillet, elle consulte dans le service.

A l'examen on trouve une masse latéro-utérine douloureuse et on pense à une torsion d'annexe.

Une coelioscopie est décidée et est pratiquée le 8 Juillet, elle montre : du sang dans le péritoine, une trompe droite augmentée de volume, une trompe gauche augmentée de volume également mais moins que la droite.

A l'intervention on découvre :

- une trompe droite gravide et saignante
- une trompe gauche obturée par une endométricose du tiers proximal.

Cette observation est intéressante. En effet :

-1) il n'y a pas eu d'aménorrhée et le Professeur Mondor disait " la première cause d'erreur est d'attendre l'aménorrhée.

-2) les métrorragies ont été très abondantes, de sang rouge

-3) l'existence de douleurs abdominales importantes

-4) la réaction biologique de grossesse était négative

-5) le curettage n'a pas ramené de fragments placentaires

-6) persistance des métrorragies après le curettage.

Le diagnostic a été établi par la coelioscopie.

OBSERVATION N° 5

Nous présentons cette malade, bien que dans son cas les métrorragies ne furent pas très abondantes, car l'erreur diagnostic fut faite sur une mauvaise interprétation de l'hystérosalpingographie due à une erreur technique de cette radiographie.

Cette femme de 25 ans qui n'a jamais été enceinte entre dans le service le 13-1-62 pour des métrorragies peu abondantes survenues à deux reprises le 31 Décembre et le 12 Janvier, alors que les dernières règles sont du 25 Novembre.

A l'examen on retrouve " la petite tumeur" annexielle droite douloureuse la réaction biologique de grossesse est négative. Le diagnostic de grossesse tubaire est envisagé, mais l'hystérosalpingographie apportée par la malade montre une lacune irrégulière du fond, évoquant la rétention placentaire.

Les trompes ne sont pas vues.

Un curettage est pratiqué.

Les métrorragies récidivent s'accompagnant de douleurs qui imposent l'hospitalisation le 26 Janvier.

Une coelioscopie est décidée. Elle fait le diagnostic.

A l'intervention on trouve une grossesse extra-utérine droite non- rompue une intervention conservatrice a été possible.

Cette observation confirme encore l'intéret de la coelioscopie bien que l'hystérosalpingographie soit également un examen précieux, mais elle doit être bien faite et bien interprétée.

On se souviendra que si l'image radiologique montre les aspects typiques de nidation ectopique, elle est suffisante au diagnostic. Mais si elle ne les montre pas, il faut savoir, surtout en présence d'un tableau clinique évocateur de grossesse extra-utérine, entreprendre d'autres investigations, jusqu'à ce que un diagnostic indiscutable soit établi.

Les 5 observations suivantes représentent 5 cas de grossesses extra-utérines qui se sont présentées comme des meno-métrorragies abondantes.

OBSERVATION N° 6

Cette femme de 34 ans consulte de Professeur Funck-Brentano le 30 Octobbre.

Cette femme qui n'a jamais été enceinte est soignée depuis plus d'un mois (18 Septembre 61) pour des méno-métrorragies survenues sans retard de règles (dernières règles le 19 Août 61) persistant malgré un traitement hémostatique.

Elle se plaint en outre de douleurs paroxystiques de la f sse iliaque droite avec impression de dilatation et a par trois fois perdu connaissance.

A l'examen est retrouvé un utérus gros, ferme, douleureux, présentant à sa partie antérieure 2 saillies lisses, qui avaient été vraisemblablement prises pour des myomes.

Le diagnostic d'hématocèle est posé. L'intervention le confirme montrant une grossesse extra-utérine droite avec hématocèle.

Cette observation nous montre que l'erreur a persisté pendant un mois car :

- l'âge de la femme
- les meno-métrorragies
- l'absence d'aménorrhée

ne plaidaient pas en faveur de la grossesse extra-utérine.

L'examen clinique (hématocèle antérieure prise pour un myome) a pu en imposer pour un fibrome.

L'erreur a été redressée par un examen clinique attentif, pratiqué par le Professeur Funck-Brentano.

OBSERVATION N° 7

Madame C.... âgée de 30 ans entre dans le service le 28 Octobre 58 pour des métrorragies abondantes traitées depuis un mois par Méthergin.

Les dernières règles normales sont du 15 Août.

Le 30 septembre après un retard de règles de 15 jours apparaissent les métrorragies abondantes de sang rouge qui persistent lorsque nous la voyons le 28 Octobre.

Un interrogatoire minutieux retrouve la notion de quelques vertiges, tendance syncopale, quelques coliques.

L'examen retrouve une petite masse latéro-utérine gauche. Le Diagnostic de Grossesse extra-utérine est évoqué et une coelioscopie est faite le même jour.

Le diagnostic est fait, l'intervention montre un hématosalpins fusiforme ampullo-isthmique.

Cette observation montre :

- que malgré l'aménorrhée
- les métrorragies abondantes chez cette femme de 30 ans un traitement médical a été instauré.

Lorsque nous la voyons un mois plus tard le diagnostic est aussitôt envisagé sur les éléments suivants :

- aménorrhée
- les signes fonctionnels
- la "petite tumeur "para-utérine.

On confirme le diagnostic en pratiquant une coelioscopie.

OBSERVATION N° 8

Madame T.... agée de 33 ans, consulte dans le service le 23 Septembre 1958 pour des méno-métrorragies.

Son histoire est la suivante :

Les dernières règles normales sont du 5 juillet 1958.

Le 9 Août 1958, donc après un retard de 8 jours, apparition de "Règles" abondantes avec caillots.

Du 24 Août au 7 Septembre la malade a présenté une hémorragie d'abondance moyenne, qui a été traitée par du Stérandryl.

Le 10 Septembre "Règles" pendant 3 jours pau abondantes.

Le 17 Septembre hémorragie abondante avec coliques.

Dans les antécédants de cette femme, on retrouve un accouchement normal en 1952.

Lorsque nous l'examinons le 23 Septembre on trouve :

- un utérus un peu gros
- les annexes ne sont pas perçues.

La malade nous apporte une hystérosalpingographie, faite en ville le mois précédent, entre deux épisodes hémorragiques.

Cette radiographie nous montre un utérus dévié à droite, de contours réguliers pas d'hyperplasie, ni de polype. Les trompes ne sont pas vues.

Nous prescrivons à la malade de l'Acéto-Stérandryl, et nous demandons à la revoir dans 8 Jours.

Mais 5 jours plus tard le 28 Septembre 1958, la malade est hospitalisée d'urgence, car les métrorragies persistent, abondantes, et 'il s'y est associée une crise douloureuse abdominale brutale.

A l'examen, le diagnostic est cette fois évoqué, en effet, à côté d'un utérus gros, on perçoit mal une masse douloureuse.

L'intervention est décidée. Elle retrouve un hématosalpinx gauche associé à un kyste de l'ovaire homolatéral et fixé par de nombreuses adhérences à la vessie, à l'utérus et au sigmoïde.

Chez cette femme, ce n'est qu'un deuxième examen clinique qui a permis de poser le diagnostic.

La crise douloureuse associée à la "tumeur para-utérine" a imposé l'intervention d'urgence.

Chez cette femme la coelioscopie n'a pas été demandée, l'hystérosalpingographie qui cependant ne montrait pas les annexes, a donné une fausse sécurité.

OBSERVATION N° 9

Madame J.... agée de 34 ans est vue le 25 novembre 1958 pour métrorragies. Les dernières règles normales sont du 5 septembre.

Le 13 octobre donc après un retard de règles d'une dizaine de jours, métrorragie de sang rouge peu abondante.

Le 20 octobre, hémorragie abondante qui a conduit à un curettage pratiquée le 22 octobre.

Le 29 octobre, 8 jours après le curettage, reprise des métrorragies. La reçoit alors des hormones mâles.

Dans la nuit du 9 au 10 novembre, la malade ressent une douleur brutale qui dure deux heures, puis s'apaise, remplacée par des douleurs plus sourdes, persistantes.

Dans les antécédents de cette femme on retrouve plusieurs avortements spontanés. Lorsque nous la voyons le 25 novembre, l'examen clinique montre un utérus gros, rétroversé, fixé. Une annexe droite perçue et sensible.

Une coelioscopie est demandée qui va nous révéler une grossesse extra-utérine droite.

L'intervention nous montre un hématosalpinx droit très adhérent à la paroi et à l'ovaire.

A gauche il existait un hydrosalpinx enveloppant l'ovaire.

L'aménorrhée de 10 jours associée à des métrorragies abondantes ont conduit au curettage. La possibilité d'une nidation ectopique n'est pas évoquée. Nous pensons à cette éventualité sur l'existence des crises douloureuses et nous demandons la coelioscopie qui là enrore permet de nous faire une conviction.

OBSERVATION N° 10

Madame R.... 29 ans consulte dans le service le 13 Septembre 1958.

Elle est traitée depuis 3 mois, pour des ménométrorragies d'abondance moyenne, spontanées et provoquées par les rapports, par un traitement hémostatique. Les dernières règles reconnaissables sont du 30 Août 1958.

A l'examen, on perçoit une masse droite indolente. On discute kyste de l'ovaire ou fibrome pédiculé.

L'intervention est décidée et on découvre un hématosalpinx droit.

Donc, chez cette jeune femme, les métrorragies abondantes, l'absence d'aménorrhée nette ont fait errer le diagnostic.

L'examen clinique a conduit à l'intervention chirurgicale, mais on ne pensait pas à la grossesse extra-utérine.

OBSERVATION N° 11

Cette observation est intéressante, car elle fut de diagnostic très difficile. Le Professeur Funck-Brentano l'a publiée dans la revue du Pratricien, mais nous la reprendrons car elle est très caractéristique des difficultés diagnostics parfois rencontrées.

(" Une jeune femme de 26 ans est adressée de Londres à l'Hopital Broca, pour avortement. Elle perd en abondance des caillots et ce qui semble être des débris. Un curettage est exécuté et ramène des débris en grande quantité.

Les suites ne sont pas celles qu'on attendait, les pertes continuent plus abondantes qu'après un curettage habituel pour fausse couche.

A l'examen on note que, 4 à 5 jours après l'intervention, l'utérus est resté volumineux et qu'il présente, au niveau de la partie antérieure droite du corps, une masse de la dimension d'une mandarine, ferme arrondie, faisant corps avec l'organe. Nous faisons le diagnostic de fibrome, dont la présence explique l'abondance des pertes après le curettage et l'on décide de pratiquer une myomectomie.

A l'opération, on tombe sur un hématosalpinx droit fissuré, entouré de caillots adhérents intimement au corps utérin.

La masse des caillots et la trompe distendue, présentait donc une consistance d'une telle régularité et d'une telle résistance qu'elle simulait un myome.

Cette observation nous confirme que l'examen clinique seul peut abuser en confondant hématocèle et myome.

La ponction du Douglas n'élimine pas forcément la grossesse ectopique si elle est blanche.

OBSERVATION N° 12

Cette jeune femme de 33 ans nous est adressé par le Professeur Poilleux pour une coelioscopie.

Les dernières règles normales sont du 2 septembre 1961 après un retard de règles de dix jours, le 11 octobre, sont apparues des métrorragies foncées, sans caillots, d'abondance moyenne, associées à une douleur hypogastrique gauche.

A l'examen on sent une masse antérieure droite mobile, non douloureuse.

Rien à gauche.

Une réaction biologique de grossesse se révèle négative.

On pratique alors une hystéro-salpingographie, qui laisse la place au doute.

En tenant compte de tous ces faits, les deux diagnostics envisagés sont : soit fibrome, soit grossesse extra-utérine.

La malade nous est adressée pour une coelioscopie, afin d'asseoir un diagnostic précis.

La coelioscopie nous montre : fibrome pédiculé et à gauche une grosse trompe qui fait suspecter la grossesse extra-utérine gauche.

L'intervention est décidée. Elle trouve une grossesse tubaire gauche, un fibrome pédiculé du fond, de nombreux myomes utérins de tailles diverses ; une trompe droite infiltrée.

Cette observation nous démontre encore l'apport diagnostic précieux qui nous permet la coelioscopie dans tous les cas douteux.

OBSERVATION N° 13

Madame M.... agée de 37 ans entre dans le service le 29-11-61 pour des métrorragies abondantes persistant malgré un mois de traitement médical.

Les dernières règles normales sont du 20 Août 1961. Après une aménorrhée de 15 jours, le 5 Octobre 1961 apparition de métrorragies abondantes avec caillots s'accompagnant au début d'une douleur abdominale vive à irradiation scapulaire.

Cette douleur cède en 3-4 d'heures.

Un traitement hémostatique a été institué, mais les métrorragies persistent : pertes abondantes alternant avec de petites pertes sépia.

A l'interrogatoire on note l'absence de lypothymies, mais la malade signale avoir ressenti un gonflement transitoire des seins pendant la phase d'aménorrhée.

Dans les antécédents pas de grossesse, une hystérosalpingographie antérieure avait montré une obturation tubaire d'un côté.

Le 28 Novembre, la jeune femme consulte le Docteur Palmer qui suspectant une grossesse extra-utérine l'a fait hospitaliser pour faire une coelioscopie.

La coelioscopie montre : le cul-de-sac de Douglas occupé par une masse ayant la couleur violacée d'un utérus gravide ; mais les adhérences épiploïques empêchent de voir s'il s'agit d'un utérus bloqué en rétroflexion, ou une grossesse extra-utérine.

Il existe du sang dans le Douglas. L'intervention faite révèle une grossesse extra-utérine ampullaire droite avec hématocèle. L'épiploon adhère à l'utérus et à la paroi pelvienne.

L'ovaire droit encapuchonné par l'hématocèle présente un kyste séreux.

La masse prolabée dans le Douglas, est un myome de la face postérieure de l'utérus.

En résumé, cette femme de 37 ans a présenté des métrorragies abondantes après une aménorrhée de 15 jours associés à un syndrôme douloureux qui aurait pu donner l'éveil. Mais la présence d'un myome, l'âge de la malade, les métrorragies abondantes ont rassuré à tort le médecin qui a prescrit le traitement médical.

Un mois plus tard on suspecte le diagnostic. La coelioscopie donne la cléf du diagnostic.

OBSERVATION N° 14

Cette jeune femme de 34 ans entre dans le service le 16 Septembre 60 pour des méno-métrorragies dont le début a été celui d'une menstruration normale. Il s'y est associé quelques vagues douleurs dans la fosse iliaque gauche. Dans les antécédents un avortement, pas de grossesse à terme.

A l'examen clinique on retrouve, un utérus un peu gros, et peut-être une petite masse gauche.

La réaction biologique de grossesse est négative le 16 Septembre 60.

Une hystérosalpingographie faite le 17 Septembre montre une image suspecte de grossesse extra-utérine gauche.

Une coelioscopie est faite le 20 Septembre : elle découvre un peu de sang noir dans le péritoine, un petit fibrome de la face antérieure de l'utérus. L'annexe droite est normale, à gauche on ne voit que les derniers centimètres de la trompe dont le pavillon est rouge, tuméfié doublé de volume.

Le diagnostic de grossesse extra-utérine était difficile a affirmer chez cette femme de 34 ans, qui n'avait pas eu d'aménorrhée, dont l'examen clinique révelait un utérus un peu gros et chez laquelle la réaction biologique de grossesse était négative.

Grace aux examens complémentaires : hystérosalpingographie, coelioscopie le diagnostic a pu être établi avec précision.

MOYENS DIAGNOSTIQUES

Ces observations nous montrent la difficulté qui est rencontrée dans certains cas pour poser le diagnostic de grossesse extra-utérine.

Certes, le plus souvent un examen clinique bien conduit, précédé d'un interrogatoire minutieux peut orienter vers le diagnostic.

Il n'en est pas toujours ainsi et c'est alors que les examens complémentaires prennent tout leur intérêt.

L'INTERROGATOIRE

1 - S'attache à préciser les antécédents pathologiques de la femme :

- l'existence éventuelle d'une grossesse extra-utérine antérieure,
- d'un traitement pour infection annexielle et lequel ?
- d'un traitement pour une stérilité et lequel ?
- d'un avortement,
- d'un curettage,
- d'une annexectomie,
- d'une tuberculose.

2 - Il essaie de préciser les signes fonctionnels ressentis par la malade et notamment s'il y a eu des douleurs :

- leur type
- leur caractère
- leur localisation
- leur irradiation.

3 - Il recherche l'existence d'une anomalie au cours du cycle mensuel :

- apparition précoce des pertes de sang avant la date des règles,
- apparition des pertes coïncidant avec la date présumée des règles,
- apparition des pertes avec retard : cas le plus fréquent.

Remarquons que dans la statistique publiée par le Professeur Thoyer-Rozat et le Docteur Dupay l'aménorrhée existe dans 77°/₀ des cas étudiés.

Dans 23°/₀ des cas elle fait apparemment défaut, les métrorragies ayant fait leur apparition avant tout retard de règles.

Dans ces observations que nous venons de présenter, 4 fois l'aménorrhée n'a pas été retrouvée.

4 - L'interrogatoire enfin doit préciser le caractère des métrorragies :

- classiquement pertes sépia, distillantes, peu abondantes, mais persistantes,
- parfois elles peuvent être abondantes, réalisant une hémorragie externe, ce qui était le cas chez nos malades.

Rappelons que dans la statistique du Professeur Thoyer-Rozat et du Docteur Dupay dans :

- 95°/₀ des cas les métrorragies présentaient leurs caractères classiques,
- 5°/₀ des cas les métrorragies furent très abondantes.

L'EXAMEN CLINIQUE

Son rôle est de mettre en évidence l'existence d'une masse latéro-utérine douloureuse.

Mais la masse annexielle ne se présente pas toujours avec netteté. Il est parfois difficile de la différencier d'un kyste fonctionnel de l'ovaire, qui existe souvent au début d'une gestation normale.

Souvent on ne peut pas délemiter avec précision une vérita le masse.

On a l'impression qu'il existe " la petite chose latéro-utérine " dont a parlé le Professeur Mondor.

Parfois, il n'est mis en évidence, au toucher vaginal qu'une zone douloureuse mal définie.

La sensibilité douloureuse du cul-de-sac de Douglas et son empatement existent rarement a un stade précoce.

L'utérus peut géner l'examen lorsqu'il est en rétroversion.

L'augmentation de son volume, habituellement modéré, peut faire croire à une gestation utérine.

Son caractère fibromateux, peut chez une femme, en période pré-ménopausique, faire méconnaitre complètement la possibilité d'une grossesse tubaire. Bien plus l'hématosalpinx peut être pris pour un myome.

En conclusion le bilan clinique apporte, le plus souvent, une série de signes de présomption, en faveur d'une grossesse extra-utérine non rompue, mais il n'apporte pas seul, la certitude absolue nécessaire au diagnostic.

Son rôle reste, bien entendu fondamental, car il permet une orientation certaine dans l'élaboration du diagnostic.

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Il en existe de nombreux qui peuvent aider au diagnostic. En fait, disons tout de suite que l'examen désormais indispensable est la coelioscopie. "Elle évite les atermoiements, les inondations, les fissurations et les détériorations tubaires irréversibles" (Professeur Funck-Brentano).

I) LA NUMERATION GLOBULAIRE

La numération rouge peut apporter un renseignement important ; en l'absence de toute hémorragie interne, il peut se produire une chute de globules rouges. Une anémie inexpliquée constituera un signe important en faveur de la nidation ectopique.

Mais s'il existe des métrorragies importantes, comme chez nos malades, l'anémie qui s'explique bien par ailleurs, ne permettra pas de tirer une conclusion.

Pour la numération blanche rappelons qu'une leucocytose élevée n'élimine pas forcément le diagnostic.

Le Professeur Thoyer-Rozat et le Docteur Dupay citent un cas de grossesse extra-utérine où on a retrouvé 44.200 leucocytes.

II) L'ASCENSION THERMIQUE

Elle peut accompagner la grossesse extra-utérine

III) LA REACTION BIOLOGIQUE DE GROSSESSE

Dans la statistique de professeur Thoyez-Rozat et du docteur Dupay, la réaction biologique a été :

- positive dans 63°/₀ des cas.
- négative dans 27°/₀ des cas.
- douteuse dans 10°/₀ des cas.

Dans nos observations, nous retrouvons :

- 4 cas avec réaction biologique négatine
- 2 cas avec réaction biologique positive

En cas de grossesse extra-utérine, la réaction biologique de grossesse n'apporte pas la certitude désirée ; cependant il convient de la demander

Négative, elle n'élimine pas le diagnostic et peut parfois rassurer à tort.

Positive, elle orientera vers la grossesse utérine.

Bien entendu, elle ne procure pas la même certitude que dans la grossesse normale.

IV) LES MODIFICATIONS HISTOLOGIQUES DE L'ENDOMETRE

L'examen histologique portant sur des débris expulsés spontanément, ou recueillis par curettage pourra déceler :

- soit la réaction déciduale, due aux modifications que la grossesse entraine au niveau de l'endomètre.

- soit la réaction décrite par Aria-Stella, qui comporte des anomalies siégeant en particulier au niveau des cellules glandulaires de l'endomètre , qui se vacuolisent, prennent parfois un aspect pluristratifié, pseudo-papillomateux et comportant surtout d'énormes noyaux qui ont perdu toute polarité. "

En fait, ces réactions ne sont pas toujours retrouvées ; souvent les altérations inflammatoires des fragments recueillis empêchent toute conclusion.

Insistons sur la nécessité de demander un examen histologique de tous les débris recueillis. L'absence de villosités choriales devra faire évoquer la possibilité d'une nidation ectopique.

V) LA PONCTION DU CUL DE SAC DE DOUGLAS.

Elle présente un apport diagnostique sérieux, si elle est positive.

Pour être significative, elle doit ramener du sang hémolysé non coagulable ; mais il peut être noir et poisseux ou rouge et fluide, parfois mêlé de caillots. Quand la ponction est blanche (comme c'était le cas dans nôtre observation n°11) on ne peut pas éliminer de façon absolue la grossesse extra-utérine ; il convient alors de recourir à d'autres épreuves.

VI) L'HYSTERO-SALPINGO-GRAPHIE.

Cet examen peut souvent, à lui seul, permettre d'affirmer le diagnostic de nidation tubaire.

Cependant le refus de la méthode quand la réaction biologique de grossesse est positive, en limite l'emploi. De plus sa technique est délicate. Il est nécessaire de bien visualiser les trompes, et cela demande souvent plus de ving cc. de diodone à la polyvidone ; ce qui n'est pas toujours bien supporté par la patiente. Une hystéro-salpingo-graphie bien faite, nous permettra d'affirmer le diagnostic de grossesse tubaire, si les clichés nous montrent les signes tubaires pathognomo-niques de la grossesse extra-utérine, associant :

- une image de distention avec un aspect " marécageux" de l'ampoule tubaire, traduisant l'hématosalpinx.
- une lacune intratubaire, évoquant l'aspect "d'un ballon de rugby", parfois plus irrégulière, traduisant la présence de l'oeuf dans la cavité tubaire.

De plus, pourront orienter vers le diagnostic, des signes utérins inconstants, montrant une cavité corporéale élargie, aux bords convexes en dehors.

Enfin l'hystéro-salpingo-graphie présente l'avantage de renseigner, avant l'intervention, sur l'état de la trompe opposée, permettant ainsi dans une certaine mesure, de préciser les limites de la chirurgie conservatrice.
Retenons que l'image radiologique n'a de valeur que lorsqu'elle est typique.
Un remplissage insuffisant peut entrainer une erreur d'interprétation.

VII) LA COELIOSCOPIE.

Elle représente actuellement un moyen diagnostic essentiel.
En effet, elle permet une vision directe de la trompe gravide.
Elle est indiquée chaque fois que le diagnostic de grossesse extra-utérine non rompue est suspecté par la clinique mais reste douteux.
"Elle a le grand mérite de lever les hésitations qui accompagnent un diagnostic incertain" (Docteur Magnin).
"La coelioscopie s'impose en présence de la moindre hésitation diagnostique, en cas de grossesse débutante encore enclose ou au moment de sa fissuration" (Professeur Funck-Brentano).
La majorité des malades que nous venons de présenter ont vu leur diagnostic établi grâce à la coelioscopie.
Sa technique d'utilisation reste rigoureuse.
Elle doit être faite :

- en milieu chirurgical
- en salle d'opération
- sous anesthésie générale
- par un exécutant très entrainé

Dans ces conditions la coelioscopie va permettre un diagnostic formel, très précoce de l'hématosalpinx, au début même de sa constitution.
Donc grâce à cet examen qui permet un diagnostic rapide, il sera possible, dans certains cas choisis, de pratiquer un traitement chirurgical conservateur, et dans tous les cas d'intervenir avant les accidents dramatiques.
Rappelons la statistique publiée par le professeur Funck-Brentano et le docteur Bouccara :

"Sur deux cent cas de grossesse ectopiques, neuf seulement ont été opéré d'urgence pour inondation péritonéale. Ce qui a permis l'intervention chez cent quatre vingt onze d'entre elles avant les grandes complications c'est, dans la majorité des cas, le recours à la coelioscopie". De plus, la coelioscopie permet d'éviter les laparotomies exploratrices inutiles. En fait, nous pouvons dire que la tendance clinique actuelle est de poser l'indication de la coelioscopie sur les données de l'examen clinique.

C O N C L U S I O N S

Dans la pathologie de la femme en période d'activité génitale, il y a longtemps que la grossesse extra-utérine occupe une place de choix dans l'esprit justement inquiet du médecin, du gynécologue, du chirurgien.

Ceci est dû en grande partie à l'extrême diversité des symptômes de cette affection et à leurs aspects protéiformes.

C'est pourquoi nous avons voulu insister sur un aspect un peu atypique de la symptomatologie de la grossesse ectopique.

Les observations commentées démontrent que les formes hémorragiques de grossesses extra-utérines bien que peu nombreuses sont loin d'être exceptionnelles.

De cet exposé nous retiendrons qu'il faut évoquer le diagnostic de grossesse extra-utérine, au besoin pour l'infirmer, devant toutes métrorragies de la femme non ménopausée ; et ceci quelle que soit l'abondance de l'hémorragie, l'âge de la malade, qu'il existe ou non une aménorrhée.

Nous avons vu que les formes hémorragiques de la grossesse extra-utérine posent des problèmes diagnostics délicats, souvent difficiles et trompeurs.

Parfois, ces métrorragies évoquent un avortement : c'est la forme pseudo-abortive des grossesses extra-utérines que nous avons présenté dans nos deux premières observations et qui ont entraîné un curettage.

D'autres fois, elles en imposent pour une menace d'avortement en fonction de l'état de grossesse associé à quelques hémorragies, et conduisent alors à un traitement progestatif : (observation n° 3).

Dans d'autres cas encore, les métrorragies "enchaînées" aux règles chez une femme de la trentaine font poser le diagnostic de méno-métrorragies fonctionnelles.

Enfin, dans nos trois dernières observations, nous avons vu que la grossesse extra-utérine pouvait simuler un fibrome ou encore lui être associé.

Remarquons cependant que le fibrome seul ne fait pas poser de diagnostic de grossesse ectopique. En effet, dans la plupart des statistiques, parmi les diagnostic erronés de grossesse extra-utérine, redressés par la coelioscopie, on ne retrouve pas celui de fibrome.

On conçoit que la grossesse extra-utérine puisse évoquer le diagnostic de fibrome :

- par ces métrorragies abondantes ou par des méno-métrorragies peu abondantes mais survenant sans retard de règles.
- parce que l'hématocèle dans certains cas peut être prise pour un fibrome.
- enfin, le fibrome associé à la grossesse extra-utérine, la camoufle généralement, dominant le tableau clinique.

Notons que dans l'observation n° 11 les deux diagnostics avortement et fibrome ont été tour à tour posés.

Devant toutes ces difficultés et devant l'importance d'un diagnostic qui, dans la grossesse extra-utérine doit être précoce, il est nécessaire de compléter l'examen clinique par des examens complémentaires.

Lorsque les signes cliniques sont suffisamment évocateurs, une ponction du Douglas devra être immédiatement pratiquée, ou mieux une coelioscopie.

Lorsque les signes cliniques sont imprécis, ou lorsque la ponction du Douglas est blanche, une réaction biologique de la grossesse devra être demandée, ainsi qu'une numération globulaire et formule sanguine. Si la réaction biologique de grossesse est négatine, on doit choisir entre l'hystéro-salpingographie qui a pour elle sa simplicité, et la coelioscopie qui est plus fidèle, et donne toujours une certitude absolue.

Si la réaction biologique de grossesse est positive, la coelioscopie est seule indiquée.

Pour conclure, insiston sur l'intérêt que présente la coelioscopie dans l'étape diagnostique d'une affection, souvent difficile à reconnaître, et où pourtant seul un diagnostic précoce permet, non seulement de sauver la femme, mais encore de sauver la fonction de l'organe.

Vu, le Président de Thèse :

Pr. HUGUIER

Vu, le Doyen de la Faculté :

Pr. L. BINET

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris
J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E.

- MONDOR.

Diagnostics urgents.

- FUNCK-BRENTANO.

Les hémorragies spontanément arretées ou endiguées de la grossesse extra-utérine. Revue du praticien.

- FUNCK-BRENTANO.

Hématosalpinx gravide et coelioscopie-gynécologia.

- FUNCK-BRENTANO et BORY.

La grossesse extra-utérine.

- FUNCK-BRENTANO et BOUCCARA.

Hématosalpinx gravidique et coelioscopie. A propos de 200 cas de grossesse extra-utérines traitées en 10 ans à l'hôpital Brocca. Annales de chirurgie.

- ROUHIER.

Les hémorragies des grossesses tubaires. Semaine des hôpitaux de Paris.

- LANTUEJOUL.

Le diagnostic de la grossesse extra-utérine tubaire avant l'apparition de complications hémorragiques graves.

- MORICARD.

Problèmes anatomo-pathologiques posés par le diagnostic de grossesse extra-utérine et le diagnostic étiologique des hémorragies tubaires.

- THOYEZ-ROZAT et DUPAY.

A propos d'une série de 200 grossesses extra-utérines.

- MAGNIN.

Revue du praticien.

- GABRIELSEN.

Un curieux fibrome saignant.

- BELL et EDGEHILL.

Grossesse interstitielle non rompue, associée à des myones multiples.

AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS - V^e
Téléphone : ODEon 58-90